



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ទារកកាត់ អាយុ 6 ខែ

សំណង់ប្រព័ន្ធប្រចាំខែ	ឈ្មោះរោគក្នុងរបាយការ		នាមការដោយ:	ផ្ទៃវេខកំណើត																																																																											
	ប្រព័ន្ធផ្លូវជាន់		ម្នាក់លេបបច្ចុប្បន្ន																																																																												
	ឈ្មោះ/គ្រួសារ/បញ្ជាក់/បញ្ហា/ការពារអ្នកតាំងពីពេលដឹងបានស្ថិតិសុខភាពរួម្រាយ			ថ្ងៃទីខ្លួនបានសំនួររួមរាយអំពី:																																																																											
	<p>ចុង ទី ទារករបស់ខ្លួនអាមេរិធម៌ ។</p> <p>ចុង ទី ទារករបស់ខ្លួនឱ្យបាយពាក្យខ្លួនដូចជា "ដាដា" ឬ "បុ" ។</p> <p>ចុង ទី ទារករបស់ខ្លួនឱ្យដាយមានដឹងឱ្យ/ការទែប ។</p> <p>ខ្លួនត្រូវកើតឡើកប្រាប់ប្រើប្រាស់បាន ។</p>			<p>ចុង ទី ទារករបស់ខ្លួនបានសរុបតាន ។</p> <p>ចុង ទី ទារករបស់ខ្លួនដូចជាអារីសរុបរាយស្មាយ ។</p> <p>ចុង ទី ទារករបស់ខ្លួនត្រូវបានប្រើប្រាស់បាន ។</p>																																																																											
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE																																																																												
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history																																																																															
<p>Screening:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Hearing</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">N A</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Vision</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table> <p>Development: Circle area of concern</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Adaptive/Cognitive</td> <td style="text-align: right;">Language/Communication</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Gross Motor</td> <td style="text-align: right;">Social/Emotional</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Fine Motor</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Behavior</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Mental Health</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Physical:</td> <td style="text-align: right;">N A</td> <td style="text-align: right;">N A</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">General appearance</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Chest</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Skin</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Lungs</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Head/Fontanelle</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Cardiovascular/Pulses</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Eyes (Cover/Uncover)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Abdomen</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Ears</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Genitalia</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Nose</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Spine</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Oropharynx</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Extremities</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Neck</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Neurologic</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Nodes</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p>Describe abnormal findings and comments:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N A	Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor		Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Physical:		N A	N A		General appearance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	Skin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	Head/Fontanelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	Eyes (Cover/Uncover)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	Ears		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	Nose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	Oropharynx		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	Neck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	Nodes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<p>Diet _____</p> <p>Elimination _____</p> <p>Sleep _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb </p> <p>Health Education: (Check all discussed/handouts given)</p> <p> <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Infant Temperament <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> No Bottle in Bed <input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Teething/Dental <input type="checkbox"/> Bedtime ritual <input type="checkbox"/> Language Stimulation <input type="checkbox"/> Stranger Anxiety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> Other: _____ </p> <p>Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____</p> <p>IMMUNIZATIONS GIVEN</p> <p>REFERRALS</p>		
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N A																																																																												
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Adaptive/Cognitive	Language/Communication																																																																														
Gross Motor	Social/Emotional																																																																														
Fine Motor																																																																															
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Physical:		N A	N A																																																																												
General appearance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest																																																																											
Skin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs																																																																											
Head/Fontanelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses																																																																											
Eyes (Cover/Uncover)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen																																																																											
Ears		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia																																																																											
Nose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine																																																																											
Oropharynx		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities																																																																											
Neck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic																																																																											
Nodes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
NEXT VISIT: 9 MONTHS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME																																																																												
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS																																																																												

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (6 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(215).

Hearing Screen

Use clinical judgment.

Lead Screen

Screen infants for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes	No	Yes	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>No head lag when pulled to sit.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Turns toward voice.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Bears some weight on legs when held.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfer object from hand to hand.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Rolls over.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuddles.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imitates speech sounds.			Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, or even one of the underlined items, or the boxed item, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ការពិនិត្យដើម្បីរក្សាសុខភាពកៅដិច្ឆូល - ទារកភាព៖ អាយុ 6 ខែ

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS

(ត្រូវទេតាមគោលការណ៍ EPSDT)

៤

ទារកភាព៖ អាយុ 6 ខែ

សុខភាពទារករបស់អ្នកទោនរាយ 6 ទៅ

ដំណាក់ការសំខាន់

របៀបដែលទារករបស់អ្នកកំពុងដំលូតលាស់រោង រាយ 6 ខេតិដ
9 ទៅ ។

និយាយសម្រួលដឹងជាប់ "ចា-ចា-ចា" និង "ដាដា" ។

ការទេសចរណ៍បញ្ជីការបែងចាយសំខាន់រោង បន្ទាប់មកទេសចរណ៍បញ្ជីការបែងចាយសំខាន់រោង និងបែងចាយសំខាន់រោង ។

ដាក់គ្រឿងទារទេសចរណ៍បញ្ជីការបែងចាយសំខាន់រោង អាជីវកម្មបែងចាយសំខាន់រោង ។

អីដឹងដាក់មួយ ។

ឈរដោយមានទេសចរណ៍ ។

ឈ្មោះដែលដោយប្រើបានរបស់រោង ចាប់ដើមរោង ។

អាចចាប់ដើមប្រើបានរបស់អ្នករបស់អ្នកដើម្បីបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

អ្នកដឹងដែលបង្កើតបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

ដើម្បីរកដួនយិនពិមាណបែងចាយសំខាន់រោង

សូវគ្គភាពនៃជិតជល់ល្អុដលើជិតជល់ទារករ គណកម្មភាពដើម្បី
សូវគ្គភាពជិតជលសំរាប់អ្នកប្រើ 1-800-638-2772
(សម្រួលនិយាយ) ឬ 1-800-638-8270 (ប្រជាបន្ទុ TTY) ។

ការប្រែប្រួលទាញយោប់ដឹង (CPR) និងដំឡូលដោយបែងចាយសំខាន់រោង ការប្រែប្រួលទាញយោប់ដឹង គឺជាប្រព័ន្ធផ្លូវការប្រែប្រួលទាញយោប់ដឹង ក្នុងការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ក្នុងការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ត្រូវបានបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

សូវគ្គភាពនៃការដំឡូលដោយបែងចាយសំខាន់រោង គារបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ពីមុនការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ សូវគ្គភាពនៃការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ជាប់ពីថ្ងៃទី 1-800-322-2588 (សម្រួលនិយាយ) ឬ 1-800-833-6388 (ប្រជាបន្ទុ TTY) ។

ដំឡូលដោយបែងចាយសំខាន់រោង ទូរសព្ទប្រចាំការសំរាប់ដឹង ទូរសព្ទប្រចាំការសំរាប់ដឹង ត្រូវបានបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ត្រូវបានបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ដើម្បីបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

ចំណុចសំខាន់ដើម្បីសុខភាព

ទារករបស់អ្នកប្រការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ប៉ុន្មានទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង នៃការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

ចូរបង្ហាញទារករបស់អ្នកប្រការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ចូរបង្ហាញទារករបស់អ្នកប្រការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

សញ្ញាបែងចាយសំខាន់រោង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

- រាយដឹងដែលបង្ហាញទំនាក់ទំនង ប្រជាបន្ទុ ។
- រាយដឹងដែលបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។
- រាយដឹងដែលបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

ទារករបស់អ្នកប្រការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ឬបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ឬបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

ចូរបង្ហាញទារករបស់អ្នកប្រការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ចូរដាក់ទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ កុំព្យូទ័រការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

ចំណុចសំខាន់សំរាប់មាតាបិតា

ចូរដឹងដែលបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ចូរដាក់ទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ កុំព្យូទ័រការបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

ចូរបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ចូរដាក់ទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

ចំណុចសុវត្ថិភាព

ចូរបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។ ចូរបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។

- ចូរទូរសព្ទប្រចាំការសំរាប់ដឹង ។
- ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ និងបង្ហាញទំនាក់ទំនង ។ ជាក់កំប្រគបកទំនួនដោតកើត ។
- ជាក់ទ្វាយដំឡូលដោយបែងចាយសំខាន់រោង ។ ជាក់ទ្វាយដំឡូលដោយបែងចាយសំខាន់រោង ។
- ចូរទូរសព្ទប្រចាំការសំរាប់ដឹង ។ ចូរបង្ហាញទំនាក់ទំនង និងបង្កើតបែងចាយសំខាន់រោង ។